

各 外国人介護人材受入施設・事業所
施設長・管理者 殿

山梨県福祉保健部長
(公 印 省 略)

令和6年度「やまなしK A I G Oマスター」養成事業の実施について（依頼）

平素から本県の高齢者福祉行政の推進にご理解とご協力をいただき、厚く御礼申し上げます。

県内の介護保険施設・事業所（施設等）において、外国人介護人材を受け入れている施設等が増えていますが、外国人介護人材向けの学習支援を課題と感じている施設等が多い状況であります。

そこで、外国人介護人材の皆様が、県内のどの施設等で勤務していても、適切な学習支援等が行われることを目的として、「やまなしK A I G Oマスター養成事業」の研修プログラムを次のとおり開催することとしました。

貴施設等の外国人介護人材の皆様の参加につきまして、特段の御配慮を賜りますようお願い申し上げます。

なお、「介護マスタープログラム」を修了した受講生につきましては、県で「やまなしK A I G Oマスター」として認証することとし、認証式で認定証を交付することを予定しています。

- | | |
|---------|--|
| 1 募集コース | ①円滑就労支援プログラム（10時間、定員20名程度）
②介護マスタープログラム（35時間、定員20名程度）
※上記①、②のうちどちらかを選択して下さい。受講要件等は別添募集要項をご覧ください。 |
| 2 日時・場所 | 別添募集要項の通り |
| 3 対象者 | 県内の介護サービス事業所（介護保険法に基づく指定事業所）勤務の介護職種の技能実習生、第1号特定技能外国人 |
| 4 申込方法 | 別添募集要項の通り |

<問い合わせ先>

○事業に関わること

健康長寿推進課介護サービス振興担当（小泉、白川）

電話：055-223-1455

○研修申込に関わること

学校法人帝京科学大学帝京福祉専門学校（長坂、小松）

電話：0553-22-6776

令和6年度やまなしK A I G Oマスター養成・認証事業研修申込用紙

(円滑就労支援プログラム申込用紙)

<p>希望コース</p> <p>※受講を希望するコースに○をつけて下さい。</p>	<p style="text-align: center;">Aコース / Bコース</p>				
<p>施設・事業所名</p>					
<p>施設・事業所住所</p> <p>※こちらの住所にテキストを郵送いたします。</p>	〒 ー				
<p>施設・事業所メールアドレス</p> <p>※研修受講にあたって必要な事項は、研修実施機関から、こちらのアドレス宛に連絡します。</p>					
<p>施設・事業所担当者名 連絡先</p>	<p>担当者名： 連絡先：</p>				
<p>受講者名</p> <p>※1事業所あたりの申込上限は定めていませんが、全体の申込状況により調整させていただく場合があります。</p>	<table border="1" style="width: 100%; height: 100%;"> <tr><td style="height: 30px;"></td></tr> <tr><td style="height: 30px;"></td></tr> <tr><td style="height: 30px;"></td></tr> <tr><td style="height: 30px;"></td></tr> </table>				

上記に必要事項を記入の上、この申込用紙を11月6日（水）までに、以下の研修実施機関あてに、FAXして下さい。

FAX送信先：学校法人帝京科学大学帝京福祉専門学校

FAX番号：0553-22-7757

令和6年度やまなしK A I G Oマスター養成・認証事業研修申込用紙

(介護マスタープログラム申込用紙)

<p>希望コース</p> <p>※受講を希望するコースに○をつけて下さい。</p>	<p>Aコース / Bコース</p>				
<p>施設・事業所名</p>					
<p>施設・事業所住所</p> <p>※こちらの住所にテキストを郵送いたします。</p>	〒 ー				
<p>施設・事業所メールアドレス</p> <p>※研修受講にあたって必要な事項は、研修実施機関から、こちらのアドレス宛に連絡します。</p>					
<p>施設・事業所担当者名 連絡先</p>	<p>担当者名： 連絡先：</p>				
<p>受講者名</p> <p>※1事業所あたりの申込上限は定めていませんが、全体の申込状況により調整させていただく場合があります。</p>	<table border="1" style="width: 100%; height: 100%;"> <tr><td style="height: 40px;"></td></tr> <tr><td style="height: 40px;"></td></tr> <tr><td style="height: 40px;"></td></tr> <tr><td style="height: 40px;"></td></tr> </table>				

上記に必要事項を記入の上、この申込用紙を11月6日（水）までに、以下の研修実施機関あてに、FAXして下さい。

FAX送信先：学校法人帝京科学大学帝京福祉専門学校

FAX番号：0553-22-7757